



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE: PERTENCIMENTOS IMAGINÁRIOS E EFEITOS REAIS

FAMILY HEALTH STRATEGY WORKERS AS USERS OF HEALTH INSURANCE: IMAGINARY BELONGINGS AND REAL EFFECTS

Thereza Christina Bahia Coelho¹; Andrei Souza Teles²; Milla Pauline da Silva Ferreira³

1 - Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

2 - Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

3 - Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

O consumo de serviços de saúde é maior nos grupos populacionais com melhores condições socioeconômicas, mesmo no Sistema Único de Saúde (SUS), repercutindo na vida, não apenas dos usuários do SUS, mas, também, na saúde, condições de vida e trabalho daqueles que propiciam o cuidado. O objetivo desse artigo foi identificar diferenças na adesão dos trabalhadores aos planos de saúde que poderiam ser atribuídas a inserções de classe, analisar tais diferenças e explorar possíveis implicações na condição de trabalhador do SUS. Foram entrevistados 49 trabalhadores de dez unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de dois municípios do estado da Bahia. Foi encontrado que 50% dos trabalhadores da ESF do município de menor porte, concentrava Agentes Comunitários com maior escolaridade, possuíam plano de saúde, contra 22% do município maior. Trabalhadores sem plano relataram diferenciação ostensiva de clientela em serviços com dupla entrada levando-os a reivindicar um tratamento diferenciado (ter plano de saúde ou não pegar fila). A análise dos relatos mostrou um pertencimento imaginário de classe antagônico aos interesses do SUS, não reconhecidos como contingentes aos dos próprios trabalhadores. Vítimas da violência simbólica perpetrada cotidianamente nos serviços e fora deles, esses trabalhadores almejavam privilégios da classe superior sem atentarem para as contradições do seu pensamento e para as consequências que sujeitam a si e demais usuários do SUS.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde; Saúde da Família; Trabalhadores de Saúde; Plano de Saúde.

ABSTRACT

The consumption of health services is higher in population groups with better socioeconomic conditions, even in the Unified Health System (SUS), which influence the life not only of SUS users, but also in the health, living and working conditions of those who provide care. This paper aimed to identify differences in adherence of workers to health insurance that could be attributed to class insertion, to analyze such differences and to explore possible implications for the SUS worker condition. One interviewed 49 workers from ten units of the Family Health Strategy (FHS) in two cities of the state of Bahia. It was found that 50% of workers in the smaller municipality, which concentrated Community Agents with higher education, had private health insurance, compared to 22% of the largest municipality. Workers with no private health insurance reported overt differentiation of customer services with double entrance leading them to claim a special treatment (having health insurance or do not stand in line). Analysis of the reports showed an imaginary class belonging antagonistic to the SUS interests not recognized as contingent to the workers interests themselves. Victims of daily symbolic violence in service and out of them, these workers aspired privileges of the upper class without heeding to the contradictions of this thought and the consequences that hold themselves and other users of SUS.

Keywords: Health Care Systems; Family Health; Health Workers; Health Insurance.



INTRODUÇÃO

No Brasil, as chances de adoecer são maiores nos indivíduos com maior poder aquisitivo e residentes no Sudeste, da mesma forma que o consumo de serviços de saúde é menor nos grupos de renda mais baixa. Este padrão tem se alterado apenas muito lentamente após a implantação do SUS. Os grupos de renda mais alta consomem mais serviços ambulatoriais e hospitalares, porém, enquanto os pobres usam mais postos e centros de saúde, os mais ricos utilizam clínicas e consultórios médicos, sendo que esse uso aumenta nos grupos que possuem planos de saúde¹.

De fato, quanto maior a renda, maior é o consumo de serviços da atenção médica suplementar, cujo gasto mensal oscilava em torno de R\$ 321,03 (Nordeste) e R\$ 312,80 (Sudeste), entre 1996 a 1997, sem computar o efeito da inflação até então. Só para se ter uma ideia, o salário mínimo em 1996 era de R\$ 112,00, de modo que, o gasto médio com planos de saúde representava, naquela época, quase três vezes o salário mínimo¹.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)², de 2003, mostraram que 88,8% dos 384.834 entrevistados não possuíam nenhum plano privado de saúde contra 11,2%, que tinham. No Nordeste, essa proporção era ainda maior, uma vez que, para cada 22 indivíduos sem plano, um tinha plano (1:22). Considerando-se os entrevistados que não conseguiram ser atendidos, seu perfil era de adultos, pretos e pardos, com baixa escolaridade e renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo, sem plano de saúde.

Em outro estudo comparando a PNAD de 2003 com a de 2008³, foram analisadas as diferenças na procura e utilização de serviços de saúde que mostrou poucas variações entre os dois anos analisados. Dos 391.868 indivíduos entrevistados, 14,5% haviam procurado serviços de saúde nos últimos 15 dias e 96,4% foram atendidos. Entretanto, a procura tinha sido maior (19%) para aqueles que possuíam planos privados ou públicos (servidores), do que entre os que só utilizavam o SUS (13%). De modo que 79% dos que usaram o SUS não tinham plano, enquanto 13,4% possuíam plano privado e 13,8%, plano público.

Em 2008, 25,9% da população brasileira (49,2 milhões) possuíam ao menos um plano de saúde. O posto ou centro de saúde foi o local mais procurado (56,8%), principalmente por indivíduos de renda domiciliar *per capita* mais baixa (77,2% dos que recebiam até ¼ do salário mínimo), seguido dos consultórios particulares (19,2%) e ambulatorios hospitalares (12,2%). Mas apenas 4,8% dos que usufruíam rendimento mensal domiciliar *per capita* maior que cinco salários mínimos procuravam esse tipo de serviço. Por outro lado, apenas 2,3% dos indivíduos residentes em domicílios com rendimento *per capita* de até ¼ do salário mínimo, tinham plano de saúde, enquanto 82,5% daqueles com renda mensal maior que cinco salários mínimos tinham plano de saúde⁴.

Os resultados desse estudo concordam com os de Pessoto et al⁵, que mostraram maior tempo de espera (mais

que o dobro) entre os usuários sem planos em São Paulo, para o ano de 1998. Do mesmo modo, Nunes et al⁶ encontraram, em Pelotas, em 2012, dificuldades significativas de acesso e maior tempo (o dobro) na fila de espera entre indivíduos com piores posições socioeconômicas (faixa de renda e escolaridade) e necessidades similares de saúde.

Considerando-se que a deterioração das condições de trabalho como consequência dos ajustes econômicos globais de mercado e a não intervenção adequada do Estado, de modo a proteger o trabalhador, tem produzido desigualdades de renda crescentes entre as classes sociais no Brasil, na conjuntura atual observa-se: inflação crescente; retração da economia; desconfiança das instituições públicas; conservadorismo; penetração do capital privado no arcabouço do Estado; desemprego; precarização das condições de emprego; e insegurança social.

Esse contexto, de grave crise institucional ameaça de redução significativa o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) devido, principalmente, à Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 143/2015, em tramitação no Senado, que prevê reinstituição da “Desvinculação de Receitas da União” e consequente redução de 25% das receitas federais, estaduais e municipais. Com essa PEC 143, estima-se uma perda de cerca de 80 bilhões para o SUS, que afetará diversos programas⁷.

Os cortes orçamentais do SUS não repercutirão apenas na saúde das populações cobertas, ou que deixarão de ser atendidas, mas também na vida, no trabalho e na saúde daqueles que constroem o SUS no cotidiano e já vivenciam situações de insatisfação, sofrimento e adoecimento ocupacional identificados por vários estudos^{7,8}.

Questões de outra natureza se encontram ainda na base das insatisfações dos trabalhadores do SUS e foram analisadas por Coelho et al⁹ na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os discursos que ofereciam a imagem de um SUS como plano de saúde para quem não pode pagar ou como um sistema “bonito na teoria” encontravam-se amplamente disseminados entre os 51 entrevistados do estudo desenvolvido no estado da Bahia. Para os autores:

O discurso, enquanto prática articulatória, associa as várias facetas da proposta estatal de saúde - que não se cumpre integralmente devido a aspectos conjunturais - como o financiamento deficiente e a gestão normativa e corrupta que atinge a ESF, “alma” do SUS^{9,6}.

A relação das ideias identificadas com a ideologia liberal e sua incansável repetição, com pequenas variações, as revelaram como algo mais do que uma simples concepção ou representação, uma vez que possuem lógica lacunar e induzem à conformidade com um SUS para pobres, “degenerado” como o povo brasileiro e destinado ao fracasso⁹. Tais discursos acabariam minando os esforços de transformação da realidade e comprometendo a identidade a partir de dentro, de modo que os trabalhadores não se reconheceriam como parte desse mesmo criticado SUS.

Os preocupantes resultados dessas análises iniciais acerca dos discursos dos trabalhadores sobre o sistema de serviços do qual fazem parte e as evidências de concentração de usuários dos planos de saúde suplementar nos estratos mais altos de renda sustentam a hipótese de que esta segmentação de uso dos serviços de saúde SUS e não SUS se reproduziriam entre os próprios trabalhadores do SUS e seriam responsáveis, em parte, pela desqualificação observada na imagem que trabalhadores da ESF possuíam dos serviços que produzem. Esses achados levantam a necessidade de dar continuidade às investigações como forma de responder a questões surgidas do processo analítico. Uma das indagações responderia sobre quais as categorias profissionais que teriam mais acesso à atenção suplementar e quais as representações sociais relacionadas a cada uma dessas condições.

Alguns referentes teóricos auxiliam na compreensão das relações em jogo. Um diz respeito à noção da luta de classes compreendida por Marx como formas históricas de conflito determinadas pelo modo de produção¹⁰ e que conduz o trabalhador a uma situação de ilusão de liberdade¹¹ essencialmente ideológica que o mantém na condição de sujeito explorado e dominado. Para Althusser¹², nas sociedades de classe a ideologia pode ser entendida como uma “representação da relação imaginária dos indivíduos sobre suas condições reais de existência” (p.36). A ideologia constitui o sujeito concretamente em suas práticas cotidianas regidas pelos Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE) que as tornam dominantes graças aos poderes instituintes que possuem.

Sem utilizar-se exatamente do conceito de ideologia, Bourdieu¹³ analisa como as ideias, valores, gostos e disposições regulam as relações dos sujeitos pertencentes a um campo de práticas – e a saúde é um campo nesse sentido. E isso é feito por meio de um processo de “violência simbólica” naturalizada e não percebida como prática violenta. Nos microespaços, a ideologia teria a finalidade, portanto, de reproduzir as relações de dominação mais amplas da sociedade de forma invisível, pois a invisibilidade oculta a exploração, reduz o conflito e facilita a hegemonia de classe.

De posse desses instrumentos teóricos torna-se possível indagar se haveria diferenças na adesão dos trabalhadores aos planos de saúde que poderiam ser atribuídas a inserções de classe e quais as possíveis implicações dessa condição para as suas práticas no SUS. Objetivando explorar possíveis respostas a esses questionamentos o presente artigo analisou as representações dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família que foram objeto das investigações de Coelho et al⁹, suas inserções de classe e as relações com a condição de ser ou não usuário do sistema de atenção suplementar de saúde.

METODOLOGIA

O estudo exploratório foi desenvolvido com 49 trabalhadores de dez unidades da ESF: seis pertenciam a um município de grande porte, aqui denominado M1 (27

entrevistados) e quatro a um município de pequeno porte (22 entrevistados), cuja sigla adotada é M2. As fontes de dados primários foram entrevistas guiadas por instrumento semi-estruturado testado em estudo piloto.

O desenho do estudo utiliza essencialmente textos, porém, dados quantitativos sobre as características socio-demográficas dos entrevistados auxiliam na compreensão de como se distribuem os trabalhadores nos espaços investigados e quais funções sociais dotam de significação o ser ou não ser usuário de plano de saúde, uma vez que todos são usuários do SUS mesmo quando não utilizam serviços médicos e hospitalares. Sem buscar representatividade, a análise estratificou os sujeitos trabalhadores por idade, sexo, função (categoria profissional), espaço de atuação e ter plano de saúde ou não. As categorias profissionais trabalhadas foram: Agentes Comunitários de Saúde - ACS (17), Enfermeiros - ENF (10), Médicos - MED (7), Cirurgiões Dentistas - CD (7), Técnicos de Enfermagem - TE (7) e Técnico de Higiene Dental - THD (1). O estudo atendeu a todas as resoluções éticas exigidas para as pesquisas em saúde. Considerou-se que os trabalhadores com ocupações relacionadas ao nível de escolaridade de terceiro grau (ENF, MED, CD) representariam estratos sociais relacionados à classe média, enquanto os trabalhadores de nível médio (ACS, THD) representariam a classe popular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família tinham idades que variavam de 25 a 72 anos. No município de menor porte (M2), a média de idade era um pouco menor, 33,55 anos, em relação ao de maior porte (M1), que era de 36,44, conforme pode ser observado na Quadro 1. O objetivo da Quadro 1 é permitir a visualização da distribuição dos entrevistados que se encontram agregados por espaço institucional.

Como seria de se esperar, os ACS formavam a categoria profissional mais numerosa nas unidades de ambos os municípios, enquanto a relação homem/mulher era menor no município de médio porte, com três homens para 19 mulheres. Sendo que, esses três homens eram trabalhadores do estrato mais alto – dois médicos e um enfermeiro. No município maior também se observou maior concentração de homens nos estratos de nível superior uma vez que, dos oito que compunham este grupo, apenas dois eram agentes comunitários, enquanto três eram cirurgiões dentistas, dois médicos e um enfermeiro.

Tem-se um perfil, portanto, similar ao da Atenção Básica nacional com nítida predominância de mulheres de nível médio - quinze contra nove -, e baixa presença de homens. Entretanto, quando presentes, estes homens estavam ocupando funções, na sua grande maioria, de nível superior (Tabela 1). Dentre os trabalhadores de nível superior, havia predominância de mulheres entre os enfermeiros (oito mulheres de um total de

Quadro 1 – Distribuição dos trabalhadores das Unidades Saúde da Família por função, espaço, idade, sexo e ser usuário de plano de saúde.

M1						M2					
Código	Função	Espaço	Idade	Sexo	Plano	Código	Função	Espaço	Idade	Sexo	Plano
E1	ENF	PSF 1	36	F	Sim	E1	ACS	PSF 3	45	F	Não
E2	MED	PSF 1	35	F	Sim	E2	ACS	PSF 3	37	F	Não
E3	CD	PSF 1	72	M	Não	E3	TE	PSF 3	28	F	Não
E4	TE	PSF 1	48	F	Não	E4	MED	PSF 3	57	M	Não
E5	ACS	PSF 1	37	F	Não	E29	ENF	PSF 3	28	F	Sim
E6	ACS	PSF 1	48	F	Não	E5	ACS	PSF 1	30	F	Não
E7	ENF	PSF 2	39	F	Não	E6	CD	PSF 1	25	F	Sim
E8	TE	PSF 2	25	F	Sim	E7	ENF	PSF 1	45	F	Sim
E9	ACS	PSF 2	28	F	Não	E8	TDH	PSF 1	33	F	Não
E10	ACS	PSF 2	26	F	Não	E38	ACS	PSF 1	33	F	Não
E11	MED	PSF 2	33	M	Sim	E15	CD	PSF 4	30	F	Sim
E12	MED	PSF 3	32	M	Não	E16	MED	PSF 4	39	F	Sim
E13	CD	PSF 3	37	M	Sim	E17	ENF	PSF 4	29	M	Sim
E14	TE	PSF 3	42	F	Não	E18	ACS	PSF 4	39	F	Não
E15	ACS	PSF 3	35	F	Não	E19	TE	PSF 4	24	F	Não
E16	ACS	PSF 3	30	M	Não	E20	ACS	PSF 4	31	F	Sim
E17	ENF	PSF 3	26	F	Sim	E30	ENF	PSF 2	24	F	Sim
E18	MED	PSF 4	53	F	Sim	E31	CD	PSF 2	24	F	Sim
E19	ENF	PSF 4	25	F	Sim	E32	ACS	PSF 2	31	F	Sim
E20	ACS	PSF 5	36	M	Não	E33	ACS	PSF 2	29	F	Sim
E21	ACS	PSF 5	33	F	Não	E34	MED	PSF 2	54	M	Não
E22	CD	PSF 5	40	F	Não	E35	TE	PSF 2	23	F	Não
E23	ENF	PSF 5	37	F	Sim						
E24	TE	PSF 5	26	F	Não						
E25	ENF	PSF 6	31	M	Não						
E26	CD	PSF 6	34	M	Não						
E27	ACS	PSF 6	40	F	Não						

10) e de homens entre os médicos (quatro homens em um total de sete). Entre os cirurgiões dentistas, essa relação se invertia (quatro mulheres em um total de sete).

As trabalhadoras com ocupações que exigiam nível médio (TE e THD) eram todas mulheres, oito de um total de 25. No grupo dos ACS, existiam apenas dois homens, de um universo de 17 trabalhadores. É preciso atentar que alguns ACS possuíam nível superior ou estavam cursando universidade, principalmente, no município menor, que tinha uma política de qualificação profissional mais ativa. Possivelmente, essa característica foi responsável pela ocorrência de maior percentagem de usuários de planos de saúde entre os trabalhadores do M2 (50%), do que no M1 (22%), padrão de cobertura por planos de saúde bem maior do que o descrito na PNAD de 2008⁴ para população brasileira em geral (25,9%), indicando melhores condições socioeconômicas desse grupo de trabalhadores em relação à média brasileira.

Ainda com relação ao uso da atenção suplementar, 67% dos trabalhadores de nível superior tinham planos, enquanto

apenas 16% dos que ocupavam funções com exigência de nível fundamental e médio eram também usuários da rede suplementar. Chama a atenção que 80% dos enfermeiros tinham plano, sendo que no M2 essa frequência alcançava 100%. Paradoxalmente, a proporção de ACS com planos era maior do que a de TE e TDH, o que parece indicar uma situação financeira melhor na primeira categoria profissional, a despeito do maior grau de escolaridade e qualificação exigido para o segundo grupo ocupacional. Porém, isso se verificou no M2 que tem aquela característica já mencionada, de contar com ACS de maior escolaridade do que M1.

Usuários do “Plano” SUS

De posse desse quadro social dos trabalhadores das dez equipes da ESF investigadas, é possível mover a análise na direção dos significados e sentidos atribuídos por cada grupo para os serviços aos quais têm acesso. Para muitos daqueles que não contratavam planos de saúde no setor de atenção

Tabela 1 – Estratificação social e ocupacional entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

Nível	Profissão	N	MASC	FEM	Com Plano	%	M1 (27)	M2 (22)
SUP	ENF	10	2	8	8	80	4	4
	MED	7	4	3	4	57	3	1
	CD	7	3	4	4	57	1	3
	Sub-total	24	9	15	16	65	8	8
MED	TE e TDH	8	0	8	1	12,5	1	0
	ACS	17	2	15	3	20	0	3
	Sub-total	25	2	23	4	16,25	1	3
Total		49	11	38	20		9	11

suplementar, o SUS era visto como um plano de saúde, sendo que o acesso a médicos era facilitado pelo pertencimento ocupacional a este campo de práticas.

O meu plano de saúde é o SUS... Rsr. (E7M1).

O meu plano de saúde é o SUS, né? De minha família e de meus filhos. E recorro quando necessito, na qualidade de médico, a alguns amigos, né? É uma questão... porque, eu vejo o setor privado como complementar, como tá lá na lei 8.080, então, isso aí tem que ser efetivado. (E34M2).

Não, não tenho plano de saúde. Sempre que eu preciso, mesmo que eu... veja que, é claro que eu não adoeço sempre, né? Mas, eu sei que se algum dia eu precisar ir no médico urgente, eu tenho, assim... O médico não, o médico Dr. E11 sempre tá aqui. Mas, assim, de um exame mais rápido, eu sei que eu vou ter que pagar, mas quando é caso assim de só *chek up* eu vou pra o SUS. (E10M1).

Os trabalhadores que não pagavam plano privado utilizavam o acesso privilegiado a outros profissionais e serviços do SUS, mas achavam que deveriam ter direito a um plano de saúde. Afinal, “quem trabalha com saúde deve ter saúde”. Isso leva a supor que o SUS não proveria essa atenção satisfatoriamente. Um dos entrevistados, inclusive, em tom de revolta, contou sobre uma colega Agente Comunitária, que estava com câncer e sem acesso aos exames necessários, nem adequado suporte por parte da secretaria municipal de saúde, o que denotaria desassistência. A situação de desamparo da própria saúde, entretanto, não movimentava o trabalhador no sentido de identificar-se com os usuários em geral e lutar por melhorias na atenção, mas a reivindicar um tratamento diferenciado, via serviços privados.

Em outro caso, uma das entrevistadas queixava-se do SUS, de como tinha sido mal atendida quando teve uma fratura na mão e precisou fazer um exame de ultrassom. Ao mesmo tempo, fazia muitos elogios ao próprio serviço. Seu relato era confuso, mas foi, aos poucos, se esclarecendo. Ela comparava um atendimento no SUS com um outro, para o mesmo problema, em um serviço privado que era conveniado com o SUS, mas que também prestava serviços com desembolso direto. Quando foi a esse serviço na condição de usuária

do SUS, chegou às 4:30h e às 10:40h ainda não havia sido atendida pois tinha a ficha de número 54 e as pessoas que haviam pagado a consulta tinham passado na sua frente, de modo que acabou desistindo. A entrevistada retornou dias depois e pagou a consulta, queixou-se do privilégio, mas acabou aceitando ficar como décima na fila, dividida entre o desejo de ser atendida e o constrangimento de passar na frente dos que não pagaram.

Eu tirei a ultrassom da mão... O tratamento foi VIP, foi pago, você precisava ver. Eu tirei um ultrassom do mesmo punho pelo SUS e o médico queria arrancar meu braço... Eu tive que brigar com ele, porque quando ele pegou aqui, parecia que ele queria arrancar minha mão. Aí eu disse: Não doutor, pelo amor de Deus eu não aguento! Ele disse: Você quer que eu faça ou não? Eu tenho aqui a noite inteira. Eu disse: pois eu não, eu... Porque lá é assim e ele fez o trabalho... Eu fui à clínica particular, eu paguei, lá tem uma mesinha... Você coloca. Tudo com maior conforto, ar condicionado... É porque ele não tem condição de fazer isso? Tem. Porque verba tem. Mas, por que não faz uma coisa descente, então? São as próprias pessoas que tem... A corrupção está tão grande que você não sabe nem o que acontece com as coisas de hoje, então...

Você tem plano de saúde?

SUS.

O que é que você acha do seu serviço aqui?

O serviço daqui é bom.

Mas o daqui também é SUS.

É, mas o daqui pelo menos ele é humano. Chega preto, branco, amarelo, vermelho, ele é por ordem de chegada. Chegou ele é atendido do mesmo jeito. Ele não tem esse negócio de botar um na frente e o outro depois... (E6M1).

Então, nesse relato, existiam dois grandes motivos de queixa: a espera e o tratamento menos delicado dado pelo médico do SUS. Ao passo que, no serviço privado o tratamento seria VIP, com direito a ar condicionado. A queixa de espera, portanto, foi dirigida ao serviço que fazia diferenciação

ostensiva de clientela, enquanto a queixa ao serviço 100% SUS era subjetiva e direcionada ao médico que tentava fazer o procedimento sem contar com a colaboração da paciente que, evidentemente, sentia dor e, possivelmente, medo. A mesma trabalhadora considerava ainda que o SUS deveria prover um tratamento diferenciado para seus próprios trabalhadores. Ou, fazer a diferenciação de clientela que criticou no serviço conveniado de modo que não precisasse pegar fila.

Eu queria que eles tivessem mais atenção com os próprios funcionários. Funcionário que tem saúde ele trabalha melhor, ele vive melhor e ele desempenha um trabalho melhor. O funcionário doente ele não rende, e por que ele não rende? Porque ele... se ele só vive doente, que rendimento ele vai ter? Só atestados? Então, que eles dessem uma atenção à saúde dos agentes, à saúde dos funcionários dele. [...] Poderia chegar lá e falar com a enfermeira e eles terem um atendimento mais rápido, porque você atendido mais rápido, você volta pro trabalho mais rápido, não precisava ficar esperando. (E6M1).

Essa proposta de melhoria do atendimento para os trabalhadores da saúde contradiz a ideia do serviço em que atua como humano e que não discrimina usuário, sendo a atendimento efetuado por ordem de chegada. Mas a entrevistada não se dá conta disso.

Usuários da Saúde Suplementar

As questões sobre o SUS e uso de planos de saúde foram efetuadas após diversas outras perguntas sobre o processo de trabalho na Estratégia de Saúde e situações de sofrimento e adoecimento relacionados. Nesse ponto da entrevista, essas questões suscitavam reflexões fazendo com que o entrevistado enfrentasse dificuldades de conciliar os discursos com os quais se habituara a pensar a vida e a realidade agora tensionada.

É difícil falar, assim, como usuário, porque, assim, às vezes a gente fala que... geralmente, quem tem mais condição fala que não usa o SUS, mas quando precisa de uma vacina, de qualquer coisa, às vezes, vem na unidade, então, eu utilizo do SUS. Mas, né? Óbvio, eu tenho Plano de Saúde, então, não tão diretamente, mas eu trabalho... Depois que eu trabalhei na unidade é que eu vi que é completamente diferente, assim, que todo mundo precisa do SUS. (E8M1).

Tenho plano de saúde. E mesmo no plano de saúde sou muito mal atendida. Aqui em M1, se eu quebrar uma perna, eu tenho que ir para Salvador, meu plano é X e aqui, basicamente, eu não tenho rede referenciada para atender. Então, praticamente, eu sou um SUS aqui [RISOS], em M1 (E19M1).

Tenho plano de saúde. Agora, eu tenho plano de saúde não pela prefeitura, mas particular, do meu marido... Eu acho que, assim, que, às vezes, é... às vezes nós cuidamos muito da saúde da população e não prestamos atenção na nossa própria saúde, nos descuidamos e eu acho assim, que deveria... a gente não deveria ter privilégios em relação as outras pessoas. Mas, eu acho que, por se tratar de um profissional de saúde, a gente deveria ter um plano de saúde,

não que a população não tivesse uma saúde adequada que fosse necessária para ela, não. Mas, eu acho que, assim, que o profissional de saúde deveria ter, assim, uma atenção a mais pra saúde dele. Não sei se eu fui clara, mas é isso! (E33M2).

Dos três trabalhadores com plano de saúde que tiveram suas falas selecionadas, uma utilizava o argumento de que, apesar de ter plano, era também usuária do SUS. Outra, falava que só tinha plano porque o marido pagava e que a secretaria municipal de saúde deveria prover atenção suplementar para todos os seus funcionários. Já, a terceira trabalhadora dizia que era “praticamente do SUS”. Essa última ainda queixava-se do atendimento no setor privado.

Essas falas reticentes poderiam estar expressando algum tipo de constrangimento por sua condição “privilegiada”, mas a questão é que parece “difícil” para o trabalhador de saúde que tem plano se colocar na posição de usuário do SUS. A ideia de que os trabalhadores da saúde (ninguém, em nenhum momento se colocou como trabalhador do SUS) necessitavam de um tratamento especial e, implicitamente, isto fica entendido como um plano de saúde público para servidores, ela está presente entre os que possuíam planos e entre os que não possuíam.

É preciso também levar em conta que a diversidade de planos de saúde e que o fato de ter plano pode incluir em uma mesma categoria condições muito desiguais de vida e trabalho uma vez que os planos se diferenciam enormemente, oferecendo serviços de natureza e qualidade bem distintos e com preços também bastante diferenciados. Desse modo, ter plano não se afigura exatamente como um marcador de classe, mas aponta para acumulações mais simbólicas do que reais, consideradas as salvaguardas efetuadas.

Ter planos: um marcador da classe imaginária

Os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família que possuíam planos de saúde estavam mais concentrados nos estratos sociais de nível superior, que recebem melhores salários e desfrutam de condições de trabalho que os permitem pagar por uma atenção suplementar onde o tempo de espera é menor e existe maior conforto no atendimento. Essa realidade está de acordo com os estudos efetuados por diversos autores.

Apesar de serem trabalhadores do SUS, essa condição se apresenta dissociada daquela dos demais usuários do SUS, principalmente naqueles que possuem planos de saúde. Mesmo quando lançam mão de discursos inclusivos como “todos são usuários do SUS” ou “meu plano de saúde é o SUS”, esse recurso se apresenta em um plano discursivo afastado da realidade e da construção identitária, pois nenhum entrevistado se colocou como trabalhador do SUS. O trabalhador do SUS é um outro que não ele. Um outro que trata mal, os usuários, e bem, aqueles que pagam diretamente pelos serviços.

Algumas teorias tentam explicar a origem ideológica dos posicionamentos dos trabalhadores a respeito de si e da sociedade onde se insere. A não compreensão da sua condição de classe é definida por Marx como alienação. Para Souza¹⁴,

a alienação se faria por meio de uma “violência simbólica” consentida por aqueles que não possuem privilégios, mas os almejam. Ter planos de saúde é um privilégio que situa o trabalhador da saúde em uma classe imaginária diferente da sua classe real.

Por outro lado, o sequestro da inteligência efetuado com o auxílio dos meios de comunicação de massa e dos meios acadêmicos que fornecem suporte teórico a esse tipo de prática sustentaria uma concepção ideológica que demoniza o Estado e diviniza o mercado onde reinam os serviços privados¹⁴.

Somente esse sequestro pode explicar as operações cognitivas que levam os trabalhadores do SUS a investirem contra seus próprios interesses, interesses esses que deveriam coincidir com os interesses do SUS. Quais são eles? Atenção integral, universal e equitativa. O investimento do Estado em planos de saúde implica em diminuição de postos de trabalho no SUS e desassistência para um grande contingente desses mesmos trabalhadores. Pois, mesmo possuindo uma situação socioeconômica superior à da grande maioria dos brasileiros, e mais ainda em relação aos nordestinos (apenas 1 em cada 22 possuem plano de saúde), dos 49 entrevistados, apenas 20 possuíam plano.

Retomando o conceito de ideologia de Althusser¹², é possível identificar nos microespaços analisados como as relações imaginárias dos indivíduos com suas condições reais de existência operam. Concretamente, o uso de planos de saúde coloca os trabalhadores em um patamar de não identificação com o sistema no qual se constitui como trabalhador dotado de uma ideologia contrária aos seus próprios interesses e em oposição a uma classe supostamente apartada de si. Os usuários do SUS, não importando o discurso politicamente correto, são os outros, e esses outros pertencem à outra classe, daí a desqualificação sistemática feita não com base em situações concretas, pois as situações concretas mostram os desvios de conduta do setor privado conveniado, mas com base em discursos alardeados por uma elite que concebe o SUS como bonito apenas na teoria⁹. Os trabalhadores da ESF, ao enunciarem discursos que contradizem a proposta universal e estatal do SUS, de forma inconsciente, estruturam o SUS como um Aparelho Ideológico de Estado responsável pela reprodução acrítica de práticas e discursos que o negam como SUS democrático e utópico.

CONCLUSÃO

Diversos autores têm alertado para o caráter ainda excludente do SUS onde se reproduzem privilégios de classe observados na sociedade em geral e que se traduzem em diferenciais de acesso aos serviços de saúde. As diferenças demonstradas não apenas revelam acesso diferenciado a planos de saúde, mas aos serviços do próprio SUS. Essa diferenciação de clientela tem ocorrido tanto por dificuldades de acesso inerentes às condições de vida do usuário, mas também nas práticas cotidianas observadas entre gestores e trabalhadores de saúde.

As cobranças ilegais de serviços têm ocorrido tanto em função de práticas facilitadas pela terceirização da gestão das unidades públicas, quanto pela ocorrência de dupla porta de entrada, como se observou no caso de E6M2¹⁵. Por outro lado, é evidente a impossibilidade do mercado atender às necessidades sequer dos seus usuários^{3,4,6}. E isso é fácil de compreender quando se verifica que o financiamento das intervenções de maior custo, como o tratamento de condições clínicas graves e crônicas (transplantes, tratamentos de câncer e hemodiálises, dentre outros) é bancado, em mais de 90% dos casos, pelo SUS.

Outras análises⁹ ainda têm apontado para os efeitos menos visíveis da reprodução de discursos que projetam uma imagem negativa do SUS a partir do seu próprio corpo. Entretanto, é necessário expandir o escopo dos trabalhos com essa linha de investigação para que se possa compreender melhor os processos antagônicos ao SUS enquanto fenômenos de natureza cultural, social, política e ideológica. Sem essa compreensão, estaremos, todos, reféns de uma moralidade antidemocrática, manipuladora e seletiva¹⁴, que vê o mal sempre fora de si. Passar a conjugar os verbos na primeira pessoa do plural é o primeiro passo para a construção de uma identidade de trabalhadores verdadeira, porque “nós” somos, de fato, o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CA. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2000; 5(1):133-149.
2. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2006; 11(4):1011-1022.
3. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barradas RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2011; 16(9):3807-3816.
4. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RS, Castro IEN, Kayano J, Ibanes LC, Junqueira V, Rocha JL, Barboza R, Cortizo CT, Martins LC, Luiz OC. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2007; 12(2).
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde** 2008. IBGE, 2010.
6. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública** 2014; 48(6): 968-976.

7. ABRASCO; CEBES, IDISA et al. **Inconstitucionalidade da PEC 143/2015**: custeio constitucionalmente adequado dos direitos fundamentais é cláusula pétrea. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/Texto-base-DRU-com-logos-final.pdf>>. [2016 mar 13]
 8. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [periódico na Internet]. [citado 2010 Jan 31]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&ln>. [2016 mar 13].
 9. Coelho TCB, Araújo TM, Almeida TSC, Silva EAL, Santos DV. Discurso dos Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre o SUS. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS** 2015; 5(1):1-8.
 10. Marx K, Engels F. **A ideologia alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846). São Paulo: Boitempo; 2007.
 11. Boito Jr. A. Cena política e interesse de classe na sociedade capitalista: comentário em comemoração ao sesquicentenário da publicação de *O Dezoito Brumário de Luis Bonaparte*. **Crítica Marxista** 2002; 15:127–139.
 12. Althusser L. **On ideology**. London: Verso; 2008.
 13. Bourdieu, P. **Razones prácticas**: sobre la teoría de La acción. 1a Ed. Anagrama: Barcelona; 1997.
 14. Souza J. **A tolice da inteligência brasileira**: ou como o país se deixa manipular pela elite. São Paulo: LeYa, 2015.
 15. Andreazzi MFS, Andreazzi MAR, Batista LS, Pimenta ES. Copagamentos no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência? **Serviço Social e Sociedade** 2011; 105:89-109.
-

Endereço para correspondência:

Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Av. Transnordestina, s. nº, Núcleo de Saúde Coletiva. Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campus da UEFS. CEP: 44.036-900. Feira de Santana-BA, Brasil.
Tel.: 0**(75)3161-8095
E-mail: thereza.nusc@uefs.br.